

### 3. Psychological support (Nederlands)

Fiche voor goede praktijkvoering: Psychologische ondersteuning in de Protocol 3 Projecten	
<b>Auteurs</b>	Maja Lopez Hartmann, Sibyl Anthierens, Thérèse Van Durme, Jean Macq
<b>Gegevensbronnen</b>	Deze fiche werd opgemaakt op basis van de jaarlijkse vragenlijsten en focus groepen tot en met 2013. Deze versie werd geüpdatet op basis van commentaren en suggesties van de experten tijdens een validatiegroep op 20/01/2017 en 09/03/2017 en de schriftelijke feedback van diegenen die hier niet aanwezig konden zijn.
<b>Expertengroep 20/01/2017</b>	Isabelle Bragard (ULg) ; Dr. K. Scheepers (CGG VBO) & M. (Le Bien Vieillir) RIZIV: X. Ledent; O. Fourez; L. Huyghe & H. Huyck Consortium P3: Johanna Mello, Déborah Flusin
<b>Validatiegroep 09/03/2017</b>	Lijst aanwezigen in bijlage
<b>Kernwoorden</b>	Psychologische ondersteuning; ouderen; thuiszorg

#### 1. Context

Deze fiche geeft een aanzet om de interventie psychologische ondersteuning te definiëren in de context van de thuiszorg voor de kwetsbare ouderen. Psychologische ondersteuning aan huis is bij de bevolking en zeker in de groep kwetsbare ouderen nog niet zo gekend als bijvoorbeeld thuisverpleging. De drempel om psychologische hulp te vragen is vaak nog groot en de weg ernaartoe niet gekend. Psychologen zijn het gewoon om in Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), ziekenhuizen of in eigen praktijken te werken. Door aan huis te gaan moeten ze nu nog meer attent zijn op verborgen, niet uitgesproken psychologische zorgnoden. Ook andere hulpverleners die aan huis komen detecteren psychologische noden bij de ouderen en/of hun mantelzorgers. Deze hulpverleners hebben niet altijd de nodige competenties om zelf deze psychologische zorgvraag te beantwoorden en de oudere en/of mantelzorgers is niet altijd bereid om de stap te zetten naar psychologische hulp. Wanneer ze toch de stap zetten, worden ze vaak ook met wachtlijsten geconfronteerd. Problemen om zich te verplaatsen kunnen ook de toegang tot psychologische ondersteuning verhinderen. De projecten in Protocol 3 willen door laagdrempelige psychologische ondersteuning aan huis een antwoord bieden voor dit probleem.

#### Aanvulling uit validatiegroep.

De aanwezigheid van mantelzorg is een sleutelement in de ondersteuning van de ouderen thuis. Bij psychologische begeleiding moet deze systematisch in beschouwing genomen worden.

#### 2. Voor welke doelgroep?

*In de eerste plaats: de kwetsbare oudere, bij wie de zorgnood niet altijd expliciet is.*

Er is aandacht voor de oudere, zijn mantelzorgers en andere professionele hulpverleners. De psychologische interventies in de projecten zijn in de eerste plaats gericht op kwetsbare ouderen met een psychologische zorgvraag. Zoals hierboven beschreven is de zorgnood van de kwetsbare oudere echter vaak niet expliciet.

De meest voorkomende zorgvragen bij de ouderen zoals gerapporteerd in de projecten zijn: Rouw, verliesverwerking, angst, eenzaamheid, depressie, cognitieve problemen, dementie, rolverandering, zingeving en in mindere mate ook persoonlijkheidsproblemen, verslaving, familiale conflicten.

Dit is geen limitatieve lijst en het soort zorgvragen is onder andere ook afhankelijk van de focus van een project. Sommige projecten richten zich meer of uitsluitend op personen met dementie.

Meestal heeft een oudere ook niet één afgelijnde zorgvraag. Een oudere kan kampen met eenzaamheid, rouwproblematiek, angst voor de toekomst, ondertussen ook beginnende cognitieve problemen hebben en onderliggend al langere tijd persoonlijkheidsproblemen hebben.

*Niet te vergeten: ondersteuning van de mantelzorger*

Naast de ouderen besteden heel wat projecten ook aandacht aan het ondersteunen van de mantelzorgers. Mantelzorgers die problemen hebben met draagkracht of een risico lopen hierop, hebben baat bij een gepaste psychologische ondersteuning. Meestal gebeurt de psychologische ondersteuning van de mantelzorger op een moment dat een andere hulpverlener, zoals bijvoorbeeld een gezinshulp of ergotherapeut, zich bekommert om de oudere of wanneer de oudere in een dag verzorgingscentrum is.

Een aantal projecten zet de psycholoog ook in om de andere leden van het multidisciplinaire team te ondersteunen. Dit kan door informatie en advies te geven over hoe omgaan met een ouderen met een psychologische problematiek. Ze kunnen ook emotionele ondersteuning geven in moeilijke situaties.

Aanvulling uit experten groep:

Het is beter is om de situatie van de oudere te beschrijven aan de hand van zijn symptomen (vb. oudere met angst en geheugenproblemen) in plaats van te spreken over specifieke diagnoses (vb. dementie). Op het moment dat er een psychologische zorgvraag is, is er meestal nog geen diagnose gesteld.

Aanvulling uit validatiegroep:

De validatiegroep geeft aan dat de beschrijving van de doelgroep niet eenvoudig is. De doelgroep is niet gemakkelijk identificeerbaar en dat is een nieuw gegeven voor psychologen. We spreken hier over een specifieke doelgroep van kwetsbare ouderen met een complexe problematiek. Bijgevolg is het onmogelijk om standaard interventies op te lijsten die kunnen toegepast worden bij deze doelgroep (zie later). Men spreekt beter niet over diagnoses maar beter vanuit de noden en behoeften van de oudere en/of de mantelzorger.

Het is belangrijk om de kwetsbare oudere steeds in zijn systeem te benaderen, m.a.w. de oudere en zijn omgeving. Door de lengte van de levensloop is het systeem bij ouderen groter en complexer dan bij bijvoorbeeld kinderen.

Het is ook niet noodzakelijk de oudere zelf die nood aan psychologische ondersteuning heeft. Het kan ook de mantelzorger zijn of beiden.

Een bijkomende moeilijkheid is dat er ook niet altijd een uitgesproken hulpvraag is. De oudere en/of mantelzorger is er bijvoorbeeld niet klaar voor om hulp te ontvangen, hij kan zijn hulpvraag niet verwoorden of doet dit impliciet. Dit wil niet zeggen dat er geen hulp nodig is. De onderliggende problematiek kan zichtbaar worden in de loop van de begeleiding zonder dat er door de oudere en/of mantelzorger een duidelijke hulpvraag wordt geformuleerd. De psycholoog kan deze onderliggende problematiek herkennen, bespreekbaar maken en indien nodig en gewenst behandelen of doorverwijzen. Men mag ook niet in het andere uiterste vervallen, waar er per se een psychologische zorgnood moet gevonden en behandeld worden. Er mag immers geen sprake zijn van overmedicalisering of psychologiseren van daily hassles en specifieke psychosociale nood van de doelgroep. In plaats van enkel te spreken over de kwetsbaarheid van deze doelgroep is het even belangrijk, zo mogelijk nog belangrijker, te zoeken naar krachten van de ouderen en zijn systeem. Deze mensen hebben haast een heel leven achter de rug en hebben dus vaak al heel wat tegenslagen en kwetsuren overleefd. Het kan boeiend zijn te zoeken naar krachten die toen maar ook in het heden opnieuw helpend kunnen zijn.

### 3. Setting

Met uitzondering van een project, gebeurden alle psychologische ondersteuning van de oudere in de thuissituatie. Dit zijn steeds individuele sessies, tenzij het een meerwaarde is om de sessie samen met iemand uit de omgeving zoals de mantelzorger te doen. Dat kan zijn om bijvoorbeeld een familiaal conflict te bespreken.

De ondersteuning van de mantelzorger gebeurt meestal ook in de thuissituatie en in de vorm van een individueel gesprek. Er is één project dat geen individuele sessies maar enkel groepsessies voor mantelzorgers organiseert terwijl er op dezelfde locatie kunsttherapie voor ouderen met dementie wordt georganiseerd.

De ondersteuning van andere hulpverleners door de psycholoog gebeurt zowel informeel als formeel. Informeel kan dit zijn door info of advies te geven aan een andere hulpverlener die een vraag stelt over een concrete situatie waar hij mee is geconfronteerd. Dit kan ook telefonisch gebeuren. Formeel kan dit plaatsvinden tijdens een multidisciplinair overleg of een bijscholing waar bepaalde topics worden besproken waarbij er meerdere hulpverleners kunnen geconfronteerd worden met bepaalde problematieken zoals 'Hoe omgaan met iemand die zorg weigert?'.

Waarvoor wordt er doorverwezen naar een CGG en wat wordt door het project zelf aan huis aangeboden? Deze keuze wordt in de projecten gemaakt op basis van:

- *De mogelijkheid om zich te verplaatsen.* Het al dan niet doorverwijzen naar een CGG wordt soms bepaald door het al dan niet nog mobiel genoeg zijn van de oudere om zich te verplaatsen.
- *Het soort ondersteuning:*
  - Wordt door de meeste projecten zelf aangeboden: sociale ondersteuning, counseling, life review, reminiscentietherapie.
  - Wordt door ongeveer even veel projecten zelf aangeboden als doorverwezen: cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie, cliëntgerichte experiëntiële therapie.
  - Wordt door de meeste projecten doorverwezen: psychoanalyse, mediatieve therapie.
- *De ernst van de psychologische problematiek:*
  - Is er nood aan menselijke groei, verduidelijking van de hulpvraag: door psycholoog in het project
  - Acute ernstige psychopathologie: dan wordt er doorverwezen

Het is niet mogelijk om strikte criteria op te stellen voor doorverwijzing naar een CGG. Elke casus moet individueel beoordeeld worden. Er dient rekening gehouden te worden met:

- Profiel van de oudere (bv. mobiliteit, symptomen...)
- Profiel van de psycholoog
  - Afgestemd op profiel oudere (bv. expertise in werken met bepaalde problematiek)
  - Vorming in psychotherapie.

#### Aanvulling uit experten groep:

Gezien het type populatie zou de interventie bij voorkeur in de thuissituatie moeten gebeuren. De ondersteuning via een CGG is zelden mogelijk, gezien de beperkte mogelijkheden op het gebied van outreaching. Er blijkt momenteel weinig differentiatie te gebeuren op basis van de leeftijd.

Experten geven aan dat sociale ondersteuning geen vorm van therapie is en dus niet door psychologen zou moeten worden georganiseerd. Verder vragen de experten om life review en reminiscentietherapie te definiëren en te verantwoorden.

Experten stellen de relevantie en de meerwaarde van psychoanalyse bij kwetsbare ouderen in vraag. Experten geven aan dat de begeleiding bij voorkeur wordt gegeven door een gerontopsycholoog (met toegang tot een gerontopsychiater).

Tenslotte geven de experten aan dat de CGG's eerder voor professionals met een meer gespecialiseerd profiel zijn, terwijl de eerste lijn meer generalistisch zou moeten zijn.

#### Aanvullingen uit validatiegroep:

Aan huis gaan is drempelverlagend. De psycholoog is te gast, niet omgekeerd. Dit vraagt een andere manier van werken dan veel psychologen gewoon zijn. De psycholoog betreedt de intieme omgeving van de kwetsbare oudere en werkt niet in zijn eigen vertrouwde praktijk.

Er moet wel bewaakt worden dat we de ouderen niet afhankelijker maken dan ze al zijn. De noodzaak tot een huisbezoek moet afhankelijk zijn van verschillende factoren zodat de aanwezige krachten van de cliënt, optimaal benut blijven. Een noodzaak tot huisbezoek moet dus afhankelijk blijven van: afstand, mobiliteit van patiënt, eventuele acute crisissituatie, psychosociale problematiek waarbij de oudere op dat moment bijvoorbeeld niet alleen gelaten kan worden, enz.

Er wordt door experts uit een project benadrukt dat het vaak een meerwaarde kan zijn om oudere zorgvrager en mantelzorger(s) bij de start van een proces minstens een keer samen te zien om sneller een vertrouwensrelatie op te bouwen en geen achterdocht bij de oudere te installeren. Om de volledige complexiteit van sommige dynamieken, die tevens een onderhoudende rol kunnen spelen in de problematiek, te kunnen begrijpen, is het belangrijk om met het hele gezin/systeem in gesprek te kunnen gaan. Rekening houdend met het feit dat dit voor sommige therapeuten buiten hun comfortzone ligt, is het belangrijk dat er binnen opleiding handvaten aan bod komen die het therapeuten makkelijker maakt om buiten hun comfortzone te treden. Het werken met het systeem is dus nog iets anders dan werken vanuit een systemisch perspectief. Voor beiden kunnen aparte indicaties zijn.

#### 4. Type interventie

Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds projecten waar de psychologische interventie voornamelijk bestaat uit screening en doorverwijzen, aangevuld met sociale ondersteuning en counseling door het project zelf (type 1 en 2) en anderzijds projecten die niet doorverwijzen maar zelf psychologische ondersteuning aanbieden (type 3 en 4).

Meer specifiek:

1. Het project doet enkel een initiële screening; voor psychologische ondersteuning wordt er doorverwezen naar het centrum voor geestelijke gezondheidszorg (3 projecten). De experts geven aan dat het een taak van de psycholoog is om een screening te doen.
2. Het project biedt zelf psychologische ondersteuning maar verwijst ook door naar een CCG (8 projecten)
3. Het project biedt psychologische ondersteuning en verwijst niet door naar een CCG (4 projecten). De reden om niet door te verwijzen kan onder meer zijn omdat de oudere niet mobiel genoeg is om zich te verplaatsen, de drempel naar centra voor geestelijke gezondheidszorg te groot is en vaak omdat er daar wachtlijsten zijn.
4. Het project biedt enkel psychologische ondersteuning aan de mantelzorger (1 project)

#### Aanvulling uit experts groep:

De experts geven aan dat er verschillende screeninginstrumenten bestaan, die een psycholoog kan gebruiken als hulpmiddel om te beoordelen of iemand al dan niet nood heeft aan psychologische ondersteuning. Het gebruik van een screeningsinstrument mag geen verplichting worden, enkel een hulpmiddel voor de psycholoog als die dat wenst. De screening dient door een psycholoog te gebeuren aangezien die het best kan beoordelen welke psychologische interventie er voor iemand aangewezen is. Er bestaat een risico voor 'valse negatieven' met de BelRAI.

De experts geven ook aan dat de term psychologische ondersteuning bijzonder vaag is. In afwezigheid van een wettelijk bepaald afgelijnd kader is het niet duidelijk welk type interventie aan huis zou moeten gebeuren en welk type interventie in de praktijk van de psycholoog (bijv. zingeving is eerder aangewezen in een praktijk) zou moeten plaatsvinden. Er is ook geen eenduidigheid over het

profiel van de professional: welk profiel is er nodig in functie van de symptomen? Het zou wenselijk zijn dat de psychologen in teamverband werken en dat het team bestaat uit diverse profielen.

#### Aanvulling uit validatiegroep:

De validatiegroep benadrukt eveneens het belang om onderscheid te maken tussen psychologische ondersteuning enerzijds, en psychosociale ondersteuning, anderzijds. Een van de voornaamste verschillen tussen de twee types begeleiding ligt in de zingeving van de psychologische ondersteuning, daar waar het in het geval van psychosociale benadering eerder gaat over actief luisteren. Bovendien benadrukken de leden van de validatiegroep het belang van de systemische benadering. Het systeem is uiterst belangrijk: de familie, het huis, de huisarts, de ruimte, de omgeving,... alle elementen die bijdragen tot de organisatie van de oudere thuis. Ervaring leert dat het steeds samen benaderen van oudere en mantelzorger zijn vruchten afwerpt.

Het goed contact leggen, gericht op oudere, partner en andere omgeving is een belangrijk proces.

In deze doelgroep van kwetsbare ouderen is elke situatie complex. De psychologische benadering, het kader, de tools zijn telkens verschillend, de complexiteit is veel groter.

#### 5. Wie verleent de psychologische ondersteuning?

In de meeste projecten is er minstens 1 (deeltijds) psycholoog in dienst. Slechts 3 projecten werken met een psycholoog die ook gespecialiseerd is in ouderen. Naast psychologen zijn er in de projecten ook andere hulpverleners betrokken bij de psychologische interventie zoals ergotherapeuten, kinesitherapeuten, muziektherapeuten, maatschappelijk werkers. Dit is het geval wanneer de interventie in het project voornamelijk uit screening en sociale ondersteuning bestaat.

#### Aanvulling uit experten groep:

Expert en geven aan dat er rekening gehouden moet worden met het wettelijk kader bij het bepalen van wie de psychologische interventie zal uitvoeren. Er wordt onderscheid gemaakt tussen psychosociale ondersteuning, psychotherapie en klinische psychologie. De beroepstitels 'psycholoog' is beschermd, de titel 'therapeut' niet.

Aangezien de psychologische zorgnoden in de eerste lijn bij ouderen vaak complexer zijn dan louter nood aan sociale ondersteuning, is het aangewezen om een initiële screening en verdere psychologische ondersteuning door een (geronto)psycholoog te laten uitvoeren.

Expert en geven aan dat er momenteel geen specialisatie bestaat in ouderenpsychologie.

#### Aanvulling door validatiegroep:

De psycholoog moet in de eerste plaats belangstelling hebben om te werken met ouderen.

Expertise opbouwen over de doelgroep is eveneens belangrijk.

Over de manier waarop de psycholoog zichzelf voorstelt aan de kwetsbare oudere zijn de meningen verdeeld. Er zijn psychologen die de voorkeur geven om aanvankelijk de titel psycholoog nog niet als dusdanig te noemen bij de introductie. Ze zijn van mening dat dit weerstand kan oproepen bij de oudere. Ze stellen zich voor door een omschrijving te geven wat ze komen doen en later wordt vermeld dat ze psycholoog zijn. Anderen zijn van mening dat het net belangrijk is dat de psycholoog zich onmiddellijk als psycholoog voorstelt. Het is belangrijk dat er een duidelijk onderscheid kan gemaakt worden tussen de rollen van de verschillende hulpverleners en dat de specifieke rol en de professionaliteit van de psycholoog behouden blijft.

Er is consensus over het feit dat de open houding die je als psycholoog aanneemt in de verdere begeleiding belangrijker is dan de manier waarop men zich voorstelt. Elk ouderensysteem is anders, de psycholoog schat de situatie in en past zich daaraan aan. Het is wel belangrijk om steeds professionaliteit te behouden en toch flexibel en creatief te kunnen zijn in de benadering. Bijvoorbeeld: Een wandeling maken met de oudere, hulp bieden bij het eten,... is mogelijk en kan noodzakelijk zijn maar zal door de psycholoog niet het doel op zich zijn, maar een gelegenheid om een psychologisch gesprek aan te gaan.

## 6. Welke opleiding is er nodig om psychologische ondersteuning te kunnen aanbieden in dit kader?

De hulpverlener die psychologische ondersteuning biedt heeft bij voorkeur een diploma psychologie behaald. Daarenboven vermeldden de projecten dat enige ervaring, zin hebben in het omgaan met ouderen, een belangrijke vereiste is.

### Aanvulling door validatiegroep:

De opleiding tot psycholoog is momenteel nog sterk gericht op het klassiek werken in een eigen praktijk.

In de basisopleiding tot psycholoog moet meer aandacht komen voor werken in de thuissituatie, ongeacht de leeftijd van de patiënt. Het werken bij een oudere thuis vraagt een andere aanpak, andere competenties en een ander kader dan het werken in een praktijk (bijv. werken met psychometrische tools is niet zo relevant bij deze doelgroep). Wanneer je werkt met kwetsbare ouderen in een thuissituatie kom je in contact met de oudere, de mantelzorger en andere elementen in het systeem die allemaal een impact hebben op het begeleidingsproces. Hier is het niet altijd een één op één gesprek, er kunnen meerdere personen aanwezig zijn. De psycholoog moet weten hoe hiermee om te gaan en hoe het vertrouwen te winnen van alle aanwezigen. De psycholoog moet voor zichzelf een flexibel kader kunnen creëren.

Inhoudelijk is er voor deze doelgroep nood aan kennis over verliesverwerking, omgaan met angst, veerkracht, dementiescreening.

Het multidisciplinair werken dient meer aan bod te komen in de opleiding.

## 7. Welke stappen zijn noodzakelijk om psychologische ondersteuning te kunnen opstarten?

- (Experts) Gezien de zorgvraag niet altijd wordt uitgedrukt, zal de eerstelijnspsycholoog nagaan welke type begeleiding aangewezen is.
- Detectie van de noden tijdens een huisbezoek. De eerste detectie zal vaak gebeuren door een collega van de eerste lijn. In het kader van de Protocol 3 projecten was dit vaak een casemanager.
- Bespreking noden oudere en/of mantelzorger in multidisciplinair overleg en opmaak zorgplan.
- Huisbezoek door psycholoog.
  - Kennismaking
  - Vertrouwensband beginnen opbouwen
  - Exploratie zorgvraag, noden, mogelijkheden en moeilijkheden
  - Planning verdere contacten
- Therapeutische sessies: duur en intensiteit afhankelijk van nood.
- Opvolgen en bijsturen zorgplan in multidisciplinair overleg.

#### Aanvulling door validatiegroep:

De aanmeldingsvraag is niet altijd de echte of volledige hulpvraag. Wanneer de initiële detectie van noden bij de kwetsbare oudere en zijn systeem gebeurt door een casemanager en niet door een psycholoog bestaat de kans dat er wordt voorbijgegaan aan een psychologische nood die niet expliciet wordt verwoord. De onderliggende psychologische hulpvraag komt vaak pas naar boven nadat psycholoog en oudere elkaar beter kennen en er een vertrouwensband is opgebouwd.

Openheid en ondersteuning vanuit het netwerk van de oudere is essentieel in het slagen van de interventie. De oudere moet altijd als een systeem gezien worden.

De knowhow van de psycholoog is hier centraal, en meer bepaald de manier waarbij hij of zij in relatie treedt met de oudere en zijn systeem.

#### 8. Duur en intensiteit van de interventie

De duur van de interventie is in de meeste projecten afhankelijk van de individuele situatie van de oudere en zijn zorgvraag. Meestal duurt een traject 6 maanden of minder. Wanneer een oudere gedurende langere tijd psychologische ondersteuning nodig heeft, is dat omdat de problematiek ernstiger is en daarvoor wordt de oudere in de meeste projecten doorverwezen naar een CGG.

De intensiteit van de interventie is eerder laag. Meestal 1x/maand of minder. Vaak is de intensiteit in het begin hoger, met een kleiner interval tussen 2 sessies. Wanneer de eventuele crisis is gestabiliseerd wordt de intensiteit lager.

#### Aanvulling uit experts groep:

De experts geven volgende criteria aan: voor angst is een korte therapie aangewezen; voor depressie bestaan er eveneens korte therapieën. Daarentegen is een langere periode nodig voor persoonlijkheidsstoornissen (maar de intensiteit zal lager liggen). Idem voor schizofrenie.

Er kunnen soms (langere) periodes zijn waarbij er geen contacten meer zijn, die dan in een later fase terug herstarten. Dit geeft aan dat er een vertrouwensrelatie opgebouwd is en dat de cliënt terug een beroep doet op de professional wanneer er de nood zich voordoet.

#### Aanvulling door validatiegroep:

Het is bij deze doelgroep in de thuissituatie belangrijk dat je echt tijd kan nemen tijdens een huisbezoek. Het is moeilijk aan te geven hoeveel tijd, elke situatie is anders en altijd complex en moeilijk op voorhand in te schatten. Bij deze doelgroep moet je ook altijd extra tijd voorzien voor en na het gesprek. De deur openen, plaatsnemen, contact leggen,... gaat niet zo snel. Op huisbezoek gaan houdt ook in dat er tijd voor verplaatsing moet worden voorzien.

Er is een enorme variatie aan hulpvragen en aan mogelijke interventies. Er moet steeds op maat gewerkt worden, aangepast aan de individuele situatie van de oudere rekening houdend met de context.

Het is beter om te spreken over de *tijd* die nodig is dan over de *duur* van een interventie. Het is onmogelijk om bij deze doelgroep op voorhand een traject vast te leggen. Er wordt vraaggestuurd gewerkt. Soms is één gesprek voldoende, soms is er meer tijd nodig om een psychologische hulpvraag te beantwoorden. Op voorhand kan geen eindpunt van de interventie worden bepaald maar er kunnen wel momenten worden afgesproken waarop de situatie herbekeken wordt (bijvoorbeeld na 6 of 9 maanden).

De intensiteit is ook heel wisselend en hangt onder andere ook af van het moment waarop er gestart wordt. Gaat het om een crisissituatie of een chronische problematiek, dat vraagt een andere intensiteit.

De begeleiding wordt bij voorkeur niet brusiek afgebroken bij een institutionalisering of overlijden, vooral wanneer de situatie al lang opgevolgd werd. Bij institutionalisering kan er getracht worden om

een overdracht te doen of kan de begeleiding worden verdergezet met een lagere frequentie. Na overlijden van de kwetsbare oudere kunnen er nog een viertal gesprekken gebeuren met de nabestaanden.

#### 9. Organisatorische randvoorwaarden voor een goede psychologische interventie

Psychologen ervaren de meerwaarde van het werken in een divers team met psychologen, psychotherapeuten en maatschappelijk werkers. Zo kan bij de werkverdeling rekening gehouden worden met het op elkaar afstemmen van zorgvraag, profiel van de oudere en het profiel van de zorgverlener. Een psycholoog die enkel huisbezoeken doet loopt meer risico om uitgeblust te geraken (*bore out*). De verplaatsingen, het werken met kwetsbare ouderen en het feit dat de psychotherapie aan huis vaak minder diepgaand is dan bij personen die naar het CGG komen, kunnen het werk van een psycholoog aan huis belasten. Het is aangewezen om als psycholoog huisbezoeken te combineren met werken in een CGG. De psycholoog heeft dan ook een betere toegang tot een (geronto)psychiater en de expertise die in een CGG is opgebouwd.

##### Aanvulling uit experten groep:

Samenwerking van de psycholoog in een multidisciplinair team & multidisciplinair overleg is nodig. Daarnaast is intervisie met andere psychologen nuttig om met elkaar van gedachten te wisselen en van elkaar te leren. Men moet toegang hebben tot evidence based richtlijnen.

Experten geven aan dat er een behoefte is aan een eerstelijnspsycholoog die huisbezoeken kan doen. Er moet ook adequaat kunnen doorverwezen worden naar de tweede lijn via een screening.

Men moet in de eerstelijns toegang hebben tot een gedeeld digitaal dossier. Hierbij moet de psycholoog het evenwicht kunnen bewaren tussen enerzijds zijn beroepsgeheim respecteren en anderzijds het delen van informatie met andere hulpverleners. Eén van de projecten heeft bijvoorbeeld een protocol ontwikkeld, waarin schriftelijk vastgelegd werd hoe de gegevens konden worden gedeeld tussen zorgverleners van bijvoorbeeld patiënten met cognitieve problemen.

Om 'bore out' te voorkomen kan het aangewezen zijn dat psychologen halftijds voor een andere organisatie werken, bijv. een centrum voor GGZ.

##### Aanvulling door validatiegroep:

De kans op het ontwikkelen van een bore out door enkel in de eerstelijns te werken en huisbezoeken te doen wordt tegengesproken. De problematiek is uiterst boeiend en er kan heel veel verwezenlijkt worden in de eerstelijns. Doorverwijzing van de kwetsbare oudere naar een CGG is niet noodzakelijk. Het is een meerwaarde om de complexe problematiek in de eerstelijns aan te pakken.

Volgende thema's werden door een project geïdentificeerd als facilitatoren voor bore out<sup>26</sup>:

- Eenzaamheid/isolement van de psycholoog door het alleen op huisbezoek gaan. Dit kan opgevangen worden door op regelmatige basis momenten in te plannen waarop hulpverleners samen komen.
- De psycholoog wordt door andere eerstelijns hulpverleners gezien als manusje-van-alles/reddingsboei. Een duidelijke functiebeschrijving en positionering van de rol van eerstelijnspsycholoog is noodzakelijk.
- De psycholoog wordt geconfronteerd met de grenzen van zijn functie. Bij kwetsbare ouderen in een thuissituatie is rouwverwerking een veel voorkomende hulpvraag. Maar hoe bereik je dat concreet met de oudere? Hoe kan je hem bijvoorbeeld terug een doel helpen vinden in het leven? Hiervoor kan een samenwerking met een ergotherapeut nuttig zijn.

---

<sup>26</sup> Aanvulling via email door een psycholoog die aanwezig was tijdens de validatiegroep.



Volgens de psychologen uit de huidige Protocol 3 projecten blijkt een gemiddelde caseload per VTE van 20 à 25 personen met de huidige casemix, realistisch. Er dient wel rekening gehouden te worden met elementen die dit kunnen beïnvloeden zoals verre verplaatsingen en administratieve of andere taken die door de psycholoog zelf of door iemand anders worden opgenomen. De leden van de validatiegroep gaven aan dat de helft van de tijd wordt besteed aan directe zorg; de rest aan indirecte zorg: verplaatsingen, intervisies, voorbereiding van de gesprekken en sessies, debriefing, enz.

#### 10. Wat is de meerwaarde van psychologische ondersteuning in de thuissituatie?

- Laagdrempelig door huisbezoek. Oudere hoeft zich niet te verplaatsen.
- Vroegdetectie dementie, andere cognitieve problemen en psychosociale problematiek mogelijk.
- Vroegdetectie draagkrachtproblemen mantelzorg mogelijk.
- Aanpakken van psychologische problemen die een invloed hebben op activiteiten van het dagelijks leven of die een impact kunnen hebben op verminderde sociale steun.
- Ondersteuning van mantelzorgers en hulpverleners in verband met de thuiszorg: verandering van hun perspectief in relatie tot de oudere, ondersteuning voor mantelzorgers van ouderen met cognitieve achteruitgang (bv situationele of emotionele coping-strategieën voor het begeleiden van een partner met ernstig geheugenverlies).

#### Aanvulling uit validatiegroep:

- Systemische benadering van de kwetsbare oudere. Door aan huis te gaan kan de psycholoog het systeem van de oudere beter in kaart brengen.
- Flexibiliteit. De eerstelijnspsycholoog werkt met een flexibel kader en past zich aan aan individueel sterk wisselende situaties. De persoon blijft in zijn vertrouwde omgeving en behoudt zijn of haar oriëntatiepunten.
- Geen vastgelegd traject. De tijd die nodig is om een oudere en zijn systeem te begeleiden kan individueel aangepast worden aan de noden. Wanneer er tijdens het begeleidingsproces zich een crisismoment voordoet of er wordt door de psycholoog een onderliggende niet verwoorde problematiek ontdekt, kan het individueel proces wijzigen.
- Verbindend werken door de psycholoog, zowel intrapersoonlijk (door het aanspreken van aanwezige krachten en hulpbronnen, ondersteuning, psycho-educatie, ...) als interpersoonlijk (door eigen netwerk te mobiliseren en/of uit te breiden, coping/veerkracht van mantelzorgers te verstevigen, aanwezige mantelzorg te ondersteuning, psycho-educatie, ...)

### 11. Bijlage fiche psy: Aanwezigen tijdens validatiegroep van 9 maart 2017

ID project	Naam
psychologische begeleiding serviceflats	Angie Desmet
psychologische begeleiding ouderen en mantelzorgers	Celien Scheire
Menos	Nicolas Timmermans
Menos	Veerle Vanhoudenhove
Integraal aanbod voor jongdementen in regio Brugge	Hilde Delameilleure
OpMaat	Karen Lambrechts
OpMaat	Caroline Maas
Extra zorg en langer thuis	Celine Bastien
Extra zorg en langer thuis	Vickie Cambron
PIOT	Katrien Vanderbist
PIOT	Dominique De Pourcq
Aide et soutien psychologique	Jordan Mac'Cord
Aide et soutien psychologique	Delphine Duchateau
Alternative de soins Centre et Soignies	Christine Hennaut
Alternative de soins Charleroi	Jessica Arias y Arenas
Maintenir son lieu de vie à domicile – Equipe de soutien	Catherine Craps
Une approche médico-psycho-pharmaceutique : Education thérapeutique du patient âgé fragilisé	Florence Robert
Donner du souffle à la vie	Emilie Léonard
Dionysos III	Jean-Pierre Ermans
ASD Brabant Wallon	Noémie Vandeweghe
ASD Brabant Wallon	Céline Rase
ASD Brabant Wallon	Isabelle Mairiaux
La Navette	(written feedback) VANDERHEYDEN Claire
La Navette	(written feedback) LECOQ Cindy
La Navette	(written feedback) DAVENNE Julie
La Navette	(written feedback) PERICK Thomas
UA	Sibyl Anthierens
UA	Maja Lopez-Hartmann
KUL	Johanna Mello de Almeida
UCL	Déborah Flusin
UCL	Thérèse Van Durme
Ulg (moderator)	Stéphane Adam
RIZIV	Olivier Fourez
RIZIV	Lieselotte Huyghe